



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Mme

Mlle

Mr

Nom et Prénom :

Date de naissance: / /

Diplôme universitaire (DU) :

Date d'obtention du Diplôme de Médecine Générale :

Faculté:

Secteur d'activité : Public

Privé

Ville d'exercice :

Adresse professionnelle :

GSM :

Téléphone Fixe :

Fax :

E-Mail :